Composante du produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada
Rapports sur la santé

Article

Incontinence urinaire et solitude chez les personnes âgées au Canada

par Pamela L. Ramage-Morin et Heather Gilmour

Octobre 2013

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

Service de renseignements 1-800-635-7943
Télécopieur 1-800-565-7757

Comment accéder à ce produit

Le produit n° 82-003-X. au catalogue est disponible gratuitement sous format électronique. Pour obtenir un exemplaire, il suffit de visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca et de parcourir par « Ressource clé » > « Publications ».

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « À propos de nous » > « Notre organisme » > « Offrir des services aux Canadiens ».

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2013

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada (http://www.statcan.gc.ca/reference/licence-fra.html).

This publication is also available in English.

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, ses entreprises, ses administrations et les autres établissements. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0^s	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
^{p}	provisoire
^{r}	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
^{E}	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p<0,05$)

Incontinence urinaire et solitude chez les personnes âgées au Canada

par Pamela L. Ramage-Morin et Heather Gilmour

Résumé

Contexte

L'incontinence urinaire, qui est fréquente chez les personnes âgées, peut avoir une incidence importante sur la qualité de la vie.

Données et méthodes

Des données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé menée en 2008-2009 ont été utilisées pour examiner la prévalence de l'incontinence urinaire ainsi que le lien entre cette dernière et la solitude chez un échantillon de 16 369 personnes de 65 ans et plus. On a fait appel à la régression logistique multivariée pour dégager les liens significatifs, tout en tenant compte de l'effet de variables confusionnelles éventuelles.

Résultats

En 2008-2009, on estime que 512 000 personnes âgées souffraient d'incontinence urinaire. Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de s'en plaindre (14 % contre 9 %), tout comme les personnes les plus âgées. Les personnes atteintes d'incontinence urinaire étaient significativement plus susceptibles d'éprouver de la solitude que les autres (RC = 1,8, IC à 95 % : 1,5 à 2,0). Cette association persistait après correction pour tenir compte de l'effet des facteurs sociodémographiques, sociaux et de santé fonctionnelle (RC = 1,5, IC à 95 % : 1,3 à 1,7).

Interprétation

L'étude met en relief la prévalence de l'incontinence urinaire chez les personnes âgées au Canada et sa corrélation avec la solitude, laquelle est associée à des résultats négatifs en matière de santé. D'autres études sont nécessaires afin de déterminer avec plus de précision comment l'incontinence urinaire influe sur le sentiment de solitude chez les personnes âgées.

Mots-clés

Vieillissement, problèmes de santé chroniques, étude transversale, enquête sur la santé, participation sociale, qualité de vie.

Auteures

Pamela L. Ramage-Morin (613-951-1760; pamela.ramage-morin@statcan.gc.ca) et Heather Gilmour (613-951-2114; heather.gilmour@statcan.gc.ca) travaillent à la Division de l'analyse de la santé, à Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6.

L'incontinence urinaire, définie comme une perte involontaire d'urine[1], est associée à une qualité de vie réduite chez les personnes âgées[2]. Même si elle ne met pas la vie en danger[3], l'incontinence urinaire peut avoir des effets négatifs sur le bien-être physique, social et émotionnel, et accroître les dépenses en soins personnels. Les personnes atteintes d'incontinence urinaire sont sujettes à des éruptions cutanées, à des plaies de pression et à des infections des voies urinaires[4]. Elles sont parfois moins enclines à entreprendre des activités en dehors de leur foyer, comme faire des courses ou assister à un service religieux[2,5]. Il arrive que leurs relations intimes et leur bien-être psychologique soient également compromis[2,6-8]. L'incontinence urinaire peut entraîner une perte d'indépendance, l'hospitalisation ou l'admission dans un établissement de soins de longue durée[9-12], situations qui reflètent toutes le fardeau qu'impose cette affection aux fournisseurs de soins[13]. Enfin, le besoin de services de soins à domicile, de médicaments et d'autres produits peut accroître les dépenses en soins personnels[14].

Il existe une hypothèse selon laquelle l'incontinence urinaire est associée à la solitude, qui, elle-même, est liée à la perte de la capacité fonctionnelle et à la mortalité[15-17]. La solitude est une expérience subjective qui témoigne de l'insatisfaction quant à la quantité ou à la qualité des relations sociales[18]. Elle est le signe d'une discordance entre les relations sociales attendues ou souhaitées par une personne et celles qu'elle connaît en réalité[18]. La solitude peut être vécue à n'importe quel âge, mais il s'agit d'une préoccupation particulière chez les personnes âgées. La retraite, la perte du conjoint ou d'autres relations, la perte de la santé ou de la capacité fonctionnelle, et d'autres changements associés au vieillissement peuvent réduire l'accès aux ressources sociales susceptibles de prévenir la solitude, tels que les clubs, les groupes de bénévoles, les lieux de culte

et les transports publics. Les personnes qui souffrent d'incontinence urinaire peuvent limiter volontairement leur usage de ces ressources pour des raisons pratiques et hygiéniques, ainsi que par crainte d'être embarrassées si leur état devenait évident.

Le but de la présente étude était d'estimer la prévalence de l'incontinence urinaire et d'examiner son association à la solitude chez les personnes de 65 ans et plus résidant dans les ménages privés au Canada. Les facteurs démographiques, sociaux et de santé fonctionnelle susceptibles d'être liés à la solitude ont été pris en compte dans l'examen de la relation entre cette dernière et l'incontinence urinaire.

Méthodes

Source des données

La présente étude s'appuie sur des données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé (ESCC – VS) (2008-2009), une enquête transversale conçue pour recueillir des renseignements sur les facteurs, les influences et les processus qui contribuent au vieillissement en bonne santé. L'enquête avait pour cible la population à domicile de 45 ans et plus des dix provinces. Les habitants des trois territoires, des réserves des Premières Nations et de certaines régions éloignées, les personnes vivant en établissement et dans les bases des Forces canadiennes, ainsi que les membres à temps plein des Forces canadiennes ne faisaient pas partie du champ d'observation de l'enquête.

Les données de l'ESCC – VS ont été recueillies de décembre 2008 à novembre 2009 par interview sur place assistée par ordinateur auprès de 94 % de l'échantillon; des interviews téléphoniques étaient permises pour répondre aux besoins linguistiques des participants à l'enquête. Si, pour des raisons de mauvaise santé physique ou mentale, une personne sélectionnée pour participer à l'enquête était incapable de répondre au questionnaire, une autre personne la connaissant bien avait le droit de le faire en son nom; les réponses par personne interposée représentent 2,2 % de l'échantillon. Les taux de réponse ont été de 80,8 % au niveau des ménages et de 92,1 % au niveau individuel, pour un taux combiné de 74,4 %, ce qui donne un échantillon final de 30 865 participants. D'autres renseignements sur l'ESCC – VS peuvent être consultés sur le site Web de Statistique Canada (www.statcan.gc.ca).

Échantillon étudié

L'analyse porte sur un échantillon de 16 369 participants à l'ESCC – VS âgés de 65 ans et plus (6 639 hommes et 9 730 femmes), dont l'âge moyen était de 77 ans; cet échantillon représente une population de 4,4 millions de personnes (tableau A en annexe).

Les trois questions du module de la solitude n'ont pas été posées durant les 497 interviews par personne interposée et le code de réponse « Non déclaré » a été attribué pour ces participants. Dans la présente étude, ces personnes ont été incluses dans l'estimation de la prévalence de l'incontinence, mais non dans les analyses bivariées ou multivariées.

Définitions

Pour établir l'existence de l'incontinence urinaire, on a demandé aux participants à l'enquête : « Êtes-vous atteint(e) d'incontinence urinaire? » Les participants avaient pour directive de répondre « Oui » si leur état avait été diagnostiqué par un professionnel de la santé et qu'il avait duré, ou devait durer, au moins six mois.

La variable de résultat « solitude » a été fondée sur l'échelle de solitude révisée de l'UCLA (R-UCLA)[19]. On a demandé aux participants à l'enquête : « À quelle fréquence vous arrive-t-il de ressentir un manque de compagnie? D'avoir l'impression d'être tenu(e) à l'écart? D'éprouver le sentiment d'être isolé(e) des autres? » On a additionné ensemble les valeurs correspondant aux catégories de réponse (1 = à peu près jamais, 2 = parfois, 3 = souvent) pour obtenir un total variant de 3 à 9, la solitude étant d'autant plus grande que la cote était élevée. Les personnes ayant obtenu une cote de 4 à 9 ont été considérées comme éprouvant de la solitude, et celles dont le total était de 3 (une réponse « à peu près jamais » aux trois questions) ont été considérées comme ne l'étant pas.

L'âge a été inclus dans les modèles multivariés sous forme de variable continue. Dans l'analyse bivariée, les participants ont été catégorisés comme étant des personnes d'âge peu avancé (65 à 74 ans), d'âge moyennement avancé (75 à 84 ans) ou d'âge très avancé (85 ans et plus).

Le niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage, défini comme étant le niveau le plus élevé atteint par un membre du ménage, a été réparti en deux catégories : pas de diplôme d'études postsecondaires, et diplôme d'études postsecondaires ou niveau supérieur.

En ce qui concerne les modalités de vie, les participants ont été classés comme vivant seuls ou vivant avec d'autres; « autres » englobait le conjoint, les parents, les enfants et d'autres personnes apparentées ou non apparentées.

Pour évaluer le soutien social, on s'est fondé sur l'échelle de soutien social de l'Étude des issues médicales (*Medical Outcomes Study Social Support Scale* [MOS-SSS])[20,21], conçue pour évaluer la perception qu'a une personne de la disponibilité d'autres personnes pour l'aider si elle en a besoin. L'échelle est fondée sur 19 questions ou items englobant quatre sous-échelles, dont chacune reflète une dimension du soutien social. Tous les items du questionnaire comprennent un préambule standard : « Dans quelle mesure avez-vous accès aux types de soutien suivants quand vous en avez besoin? »

- Le *soutien social d'interactions sociales positives* reflète la disponibilité de personnes avec qui avoir des interactions positives et a été mesuré au moyen de quatre questions. On a demandé au participant à l'enquête s'il avait quelqu'un avec qui partager du bon temps, se détendre, se changer les idées ou faire des choses agréables. La cote maximale était de 16.

- Le *soutien social concret*, qui traduit la mesure dans laquelle le participant a quelqu'un pour lui fournir une aide matérielle ou instrumentale, a été fondé sur quatre questions. On a demandé au participant à l'enquête s'il avait quelqu'un pour l'aider s'il devait garder le lit, l'accompagner chez le médecin, lui préparer ses repas ou accomplir les tâches ménagères. La cote maximale était de 16.
- Le *soutien social émotionnel ou informationnel* comprend la manifestation d'une affectivité positive, la compréhension empathique et l'encouragement à exprimer ses sentiments, ainsi que l'offre de conseils, d'orientation et de rétroaction. Son évaluation reposait sur huit questions visant à déterminer dans quelle mesure le participant à l'enquête avait quelqu'un pour l'écouter, le renseigner ou le conseiller en situation de crise, quelqu'un à qui se confier et avec qui parler, et quelqu'un qui comprend ses problèmes. La cote maximale était de 32.
- Le *soutien social affectif*, qui comprend les témoignages d'amour et d'affection, a été évalué au moyen de trois questions visant à déterminer si le participant à l'enquête avait quelqu'un pour lui témoigner de l'amour ou de l'affection, le serrer dans ses bras et lui donner le sentiment d'être désiré. La cote maximale était de 12.

Les questions reflétant l'existence perçue d'un soutien ont été cotées comme il suit : jamais (cote de 1), rarement (2), parfois (3), la plupart du temps (4) ou tout le temps (5). Les cotes ont été rééchelonnées de 0 à 4, totalisées pour chaque sous-échelle, puis transformées en une cote variant de 0 à 100, le soutien social perçu étant d'autant plus important que la cote était élevée. Par exemple, pour le soutien concret, le calcul est le suivant : [cote (0 à 16)/cote maximale possible (16)] x 100. On a calculé la cote globale de soutien social en additionnant les cotes des sous-échelles, puis en divisant le résultat par quatre afin que cette valeur varie aussi de 0 à 100[20]. Le soutien social global a été dichotomisé. Une cote de 100 indiquait un soutien social élevé, par comparaison avec une cote inférieure à 100.

La *participation sociale fréquente* a été définie comme le fait de participer à des activités communautaires au moins une fois par semaine. On a demandé aux participants à l'enquête à quelle fréquence au cours des 12 derniers mois ils avaient participé à huit types d'activités (au moins une fois par jour, au moins une fois par semaine, au moins une fois par mois, au moins une fois par an, jamais) :

- activités avec des membres de la famille ou des amis, à l'extérieur du foyer;
- activités d'un groupe confessionnel, comme un service religieux, un comité ou un chœur;
- sports ou activités physiques avec d'autres personnes;
- autres activités récréatives avec d'autres personnes, y compris passe-temps, bingos et autres jeux;
- activités éducatives et culturelles avec d'autres personnes, comme suivre un cours, assister à un concert ou aller au musée;
- activités organisées par un club social ou une société fraternelle;
- activités d'une association communautaire ou professionnelle;
- activités d'un organisme bénévole ou de bienfaisance.

Le niveau d'*incapacité* tient compte de l'existence et de la gravité de problèmes de santé susceptibles d'exacerber l'incontinence (par exemple, une mobilité réduite) ou d'avoir une incidence sur les sentiments de solitude, mais qui n'ont pas été inclus dans les modèles. *Health Utilities Index Mark 3* (HUI3)[22-24] a servi à évaluer huit aspects de l'état de santé fonctionnel, à savoir la vision, l'ouïe, l'élocution, la mobilité, la dextérité, la cognition, l'émotion ainsi que la douleur et l'inconfort. Les cotes globales ont été catégorisées en niveaux d'incapacité comme suit : incapacité modérée/grave (cote de 0,88 ou moins) contre incapacité nulle/légère (cote de 0,89 à 1,00).

Tableau 1
Nombre et pourcentage de cas d'incontinence urinaire, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2008-2009

	Les deux sexes				Hommes				Femmes			
			Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristique	Nombre estimé (milliers)	%	de	à	Nombre estimé (milliers)	%	de	à	Nombre estimé (milliers)	%	de	à
Total	**512**	**11,7**	**11,0**	**12,5**	**181**	**9,2**	**8,3**	**10,2**	**331**	**13,8‡**	**12,8**	**14,9**
Groupe d'âge												
65 à 74 ans†	198	8,2	7,3	9,2	74	6,4	5,4	7,7	124	9,8‡	8,6	11,3
75 à 84 ans	211	14,4*	13,1	15,7	75	11,6*	9,8	13,6	136	16,6*‡	14,8	18,5
85 ans et plus	103	21,0*	18,7	23,5	32	18,7*	15,4	22,6	71	22,3*	19,4	25,5

† catégorie de référence
* valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
‡ valeur significativement différente de celle observée pour les hommes ($p < 0,05$)
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2008-2009.

Techniques d'analyse

Les données ont été pondérées afin qu'elles soient représentatives de la répartition selon l'âge et le sexe de la population à domicile de 65 ans et plus en 2008-2009. Des totalisations croisées ont été effectuées pour estimer la prévalence de l'incontinence selon le sexe et le groupe d'âge. Des analyses bivariées ont permis d'estimer le pourcentage d'hommes et de femmes ayant déclaré éprouver de la solitude, en fonction de l'incontinence et de certaines caractéristiques démographiques, sociales et de santé fonctionnelle. Pour déterminer si le lien entre l'incontinence et la solitude variait selon le sexe, on a introduit dans le modèle de régression logistique les variables individuelles ainsi qu'un terme d'interaction (sexe*incontinence). Étant donné que l'effet du terme d'interaction n'était pas significatif et qu'il existe des preuves que la conception qu'ont les hommes et les femmes de la solitude mesurée au moyen de l'échelle de solitude de l'UCLA ne diffère pas[25], les autres analyses multivariées n'ont pas été stratifiées selon le sexe. On a également tenu compte d'un terme d'interaction entre l'âge et l'incontinence, mais l'effet n'était pas significatif. Le modèle multivarié de départ examinait l'association entre l'incontinence et la solitude, et contenait des variables de contrôle pour le sexe, l'âge et d'autres caractéristiques démographiques. Le modèle subséquent contenait d'autres variables confusionnelles éventuelles (facteurs sociaux et santé fonctionnelle). Afin de tenir compte des effets de plan de sondage de l'ESCC, on a utilisé la méthode du *bootstrap* pour estimer les coefficients de variation et les valeurs p, et pour effectuer les tests de signification[26,27]. La signification statistique a été fixée au seuil de $p < 0,05$.

Résultats

En 2008-2009, un peu plus d'un demi-million de personnes âgées au Canada (12 %) souffraient d'incontinence urinaire (tableau 1). Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'être incontinentes, soit 14 % contre 9 %. L'incontinence urinaire était plus fréquente chez les personnes d'âge très avancé; dans le groupe des 85 ans et plus, 19 % des hommes et 22 % des femmes en étaient atteints.

Environ 1,4 million de personnes âgées, soit 25 % des hommes et 40 % des femmes, éprouvaient « souvent » ou « parfois » de la solitude. Les personnes souffrant d'incontinence urinaire étaient significativement plus susceptibles que les autres d'en éprouver. Ainsi, parmi ces dernières, 34 % des hommes et 53 % des femmes se disaient solitaires, comparativement à 24 % et 38 %, respectivement, chez les personnes non incontinentes (tableau 2).

Les autres facteurs démographiques associés à la solitude étaient l'âge très avancé, le faible niveau de scolarité et le fait de vivre seul. En effet, plus de la moitié des hommes (54 %) et des femmes (53 %) qui vivaient seuls ont fait état d'un certain degré de solitude (tableau 2). Le faible soutien social, la participation peu fréquente à des activités sociales et l'existence d'une incapacité modérée ou grave étaient également associés à la solitude.

Un modèle de régression logistique préliminaire destiné à déterminer si l'association positive entre l'incontinence urinaire et la solitude était dépendante du sexe a révélé que le terme d'interaction (sexe*situation d'incontinence) n'était

Tableau 2
Pourcentage ayant déclaré éprouver de la solitude, selon le sexe, l'incontinence urinaire et certaines caractéristiques, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2008-2009

	Hommes			Femmes		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristique	%	de	à	%	de	à
Total	25,2	23,6	26,8	40,0‡	38,4	41,5
Incontinence urinaire						
Oui	33,5*	28,7	38,8	53,2*‡	49,4	57,0
Non†	24,3	22,8	26,0	37,9‡	36,2	39,6
Caractéristiques démographiques						
Groupe d'âge						
65 à 74 ans†	24,0	22,0	26,0	38,2‡	36,0	40,5
75 à 84 ans	25,8	23,1	28,6	40,8‡	38,4	43,2
85 ans et plus	31,7*	27,5	36,3	45,0*‡	41,5	48,6
Niveau de scolarité le plus élevé du ménage						
Pas de diplôme d'études postsecondaires	28,6*	26,3	31,1	42,7*‡	40,5	45,0
Diplôme d'études postsecondaires†	22,7	20,7	24,8	37,5‡	35,3	39,7
Modalités de vie						
Vit avec d'autres personnes†	18,9	17,2	20,6	31,5‡	29,3	33,9
Vit seul(e)	54,2*	51,1	57,3	52,6*	50,5	54,6
Caractéristiques sociales						
Soutien social						
Élevé (cote de 100 sur l'échelle du soutien social total)†	12,7	10,6	15,1	21,2‡	18,7	24,0
Faible	33,0*	30,9	35,2	46,6*‡	44,7	48,5
Participation sociale						
Fréquente (au moins une fois/semaine)†	22,9	21,3	24,7	36,3‡	34,6	38,1
Peu fréquente	31,7*	28,6	34,9	51,9*‡	48,4	55,4
Santé fonctionnelle						
Incapacité nulle / légère†	19,6	17,9	21,3	30,3‡	28,3	32,4
Incapacité modérée / grave	33,0*	30,3	35,8	50,6*‡	48,3	52,9

† catégorie de référence
* valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
‡ valeur significativement différente de celle observée pour les hommes ($p < 0,05$)
... n'ayant pas lieu de figurer
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2008-2009

pas significatif (figure 1, tableau B en annexe). Par conséquent, on a regroupé les réponses des hommes et des femmes dans les analyses suivantes et corrigé les modèles multivariés pour tenir compte du sexe.

La cote exprimant le risque de se sentir seul était significativement plus élevée chez les personnes âgées ayant déclaré être atteintes d'incontinence urinaire que chez celles qui n'étaient pas incontinentes, même après avoir tenu compte des effets de l'âge, du sexe, du niveau de scolarité et des modalités de vie (tableau 3). Et comme dans l'analyse bivariée, la cote exprimant le risque d'éprouver de la solitude était plus élevée chez les femmes que chez les hommes, quelle que soit la situation d'incontinence.

Les personnes qui avaient un faible niveau de soutien social, qui participaient peu fréquemment à des activités avec d'autres personnes ou qui présentaient une incapacité modérée ou grave affichaient une cote exprimant le risque d'éprouver de la solitude plus élevée que les autres personnes (tableau 3). Lorsque ces facteurs confusionnels éventuels étaient pris en compte, l'association entre l'incontinence urinaire et la solitude était atténuée, mais demeurait significative (RC = 1,5, IC à 95 % : 1,3 à 1,7).

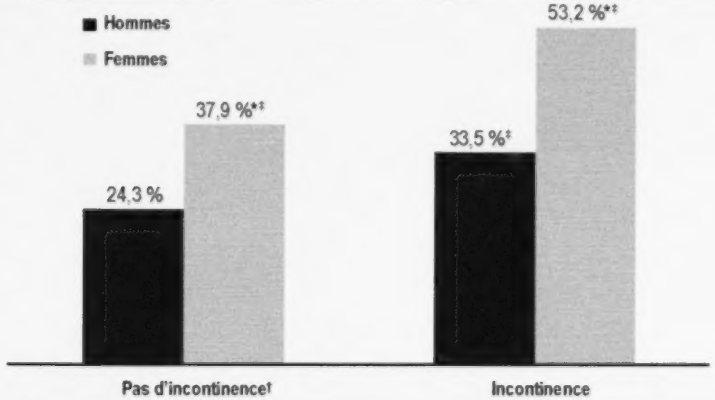
Discussion

Variation des estimations de la prévalence

En se basant sur une revue d'études comparables, Thom[30] a obtenu des estimations de la prévalence de l'incontinence urinaire chez les adultes âgés vivant dans la collectivité qui variaient de 11 % à 34 % dans le cas des hommes, et de 17 % à 55 % dans celui des femmes. Plus récemment, dans le cadre de la *Canadian Urinary Bladder Survey* de 2002, 34 % des hommes et 53 % des femmes âgés de 65 ans et plus ont rapporté des symptômes de l'incontinence urinaire[28]. Les taux de prévalence de l'incontinence urinaire observés dans la présente étude sont faibles (9 % des hommes et 14 % des femmes âgés de 65 ans et plus), mais ces estimations dépassent de beaucoup celles tirées d'une étude canadienne réalisée en 1996, selon laquelle 3 % des hommes et des femmes souffraient d'incontinence urinaire[29]. Cette étude portait sur les personnes de 55 ans et plus, fait qui pourrait expliquer en partie la faiblesse des estimations.

Les estimations de l'incontinence urinaire varient selon la population étudiée, le type d'incontinence urinaire ou la façon dont elle est mesurée, la méthodologie de l'enquête, ainsi que d'autres facteurs[28,30,31]. On a demandé aux participants à l'ESCC – VS de déclarer l'incontinence urinaire diagnostiquée. Certaines études montrent que les gens souvent ne parlent pas de leur incontinence urinaire avec leurs fournisseurs de soins de santé[32,33].

Figure 1
Pourcentage de personnes solitaires, selon le sexe et l'incontinence urinaire, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2008-2009



† groupe de référence
* valeur significativement plus élevée que celle observée pour les hommes ($p < 0,05$)
‡ valeur significativement plus élevée que celle observée pour « pas d'incontinence » ($p < 0,05$)
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2008-2009

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Les études de la population ont montré que l'incontinence urinaire est fréquente chez les personnes âgées vivant dans la collectivité, mais les estimations de sa prévalence varient fortement d'une étude à l'autre. Les femmes et les personnes les plus âgées sont les plus susceptibles de souffrir d'incontinence urinaire.
- Chez les personnes âgées, l'incontinence urinaire a été associée à la perte d'indépendance, à l'augmentation des dépenses en soins personnels, ainsi qu'à une interaction sociale réduite et à un moins grand bien-être psychologique.

Ce qu'apporte l'étude

- Selon les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, en 2008-2009, plus d'un demi-million de personnes âgées au Canada (12 %) souffrent d'incontinence urinaire.
- Chez les hommes et les femmes atteints d'incontinence urinaire, la cote exprimant la possibilité de se sentir seul est plus élevée que chez les personnes âgées n'ayant pas ce problème, même après correction pour tenir compte de l'effet des caractéristiques démographiques, sociales et de santé fonctionnelle.
- Bien que le taux de prévalence de l'incontinence urinaire soit plus élevé chez les femmes, l'association entre l'incontinence urinaire et la solitude est similaire chez les membres des deux sexes.

surtout si les symptômes sont relativement légers, de sorte que l'exigence d'un diagnostic d'incontinence pourrait avoir entraîné une sous-estimation du nombre de personnes qui avaient effectivement eu une perte involontaire d'urine. En outre, il se peut que l'emploi d'expressions à signification plus claire, telles que « ne pas pouvoir se retenir » et « faire pipi dans sa culotte »[32,34] suscite un plus grand nombre de réponses affirmatives et donne ainsi un taux de prévalence plus élevé que le mot « incontinence », utilisé aux fins de l'ESCC – VS et de l'étude canadienne antérieure[29]. Le format des questions est peut-être lui aussi un facteur. La question de l'ESCC – VS était succincte et directe (« Êtes-vous atteint(e) d'incontinence urinaire? »), alors que d'autres questions fournissent davantage de contexte. Fultz et Herzog[34] ont trouvé qu'en reconnaissant d'emblée le sentiment de gêne que peut susciter l'incontinence urinaire et qu'en terminant la question en insistant sur l'importance de la collecte d'information à cet égard, le taux de prévalence était plus élevé que lorsque ces explications n'étaient pas données. Les périodes de référence peuvent également influer sur les estimations de la prévalence. Or, dans le cadre de l'ESCC – VS, on s'intéressait aux problèmes de santé qui avaient duré ou qui devaient vraisemblablement durer au moins six mois, mais d'autres études ont précisé des périodes de référence différentes, comme l'année précédente, le mois dernier, ou encore d'autres périodes[32].

Tableau 3
Rapports de cotes corrigés reliant l'incontinence urinaire à la solitude, corrigés pour tenir compte de certaines caractéristiques, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2008-2009

	Modèle restreint[‡]			Modèle complet[§]		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristique	Rapport de cotes corrigé	de	à	Rapport de cotes corrigé	de	à
Incontinence urinaire						
Oui	1,8*	1,5	2,0	1,5*	1,3	1,7
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...
Caractéristiques démographiques						
Sexe						
Femmes	1,6*	1,4	1,7	1,5*	1,3	1,7
Hommes†	1,0	...	...	1,0	...	...
Âge (variable continue)	1,00	0,99	1,00	0,99*	0,98	1,00
Niveau de scolarité						
Pas de diplôme d'études postsecondaires	1,0	0,9	1,1	1,0	0,8	1,1
Diplôme d'études postsecondaires†	1,0	...	...	1,0	...	...
Modalités de vie						
Vit avec d'autres personnes†	1,0	...	...	1,0	...	...
Vit seul(e)	3,1*	2,7	3,5	2,8*	2,4	3,2
Caractéristiques sociales						
Soutien social						
Élevé (cote de 100 sur l'échelle du soutien social total)†	...	...	...	1,0	...	...
Faible	...	...	...	2,5*	2,2	2,9
Participation sociale						
Fréquente (au moins une fois/semaine)†	...	...	...	1,0	...	...
Peu fréquente	...	...	...	1,5*	1,3	1,8
Santé fonctionnelle						
Incapacité nulle / légère†	...	...	...	1,0	...	...
Incapacité modérée / grave	...	...	...	2,0*	1,7	2,2

† catégorie de référence
* valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
‡ corrigé pour tenir compte des caractéristiques démographiques
§ corrigé pour tenir compte des caractéristiques démographiques, des caractéristiques sociales et de la santé fonctionnelle
... n'ayant pas lieu de figurer
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2008-2009

Plus courant chez les femmes et les personnes âgées

La prévalence plus forte de l'incontinence urinaire chez les femmes que chez les hommes, telle que fondée sur l'ESCC – VS, va dans le sens des résultats d'études antérieures[28,29,33]. Des événements qui surviennent au cours de la vie, comme la grossesse et l'accouchement par voie vaginale, peuvent contribuer à cette différence[35]. Que l'incontinence urinaire se révèle plus courante aux âges plus avancés est cohérent avec la plupart des études[21,36,37], mais non toutes[32]. La question générale posée dans le cadre de l'ESCC – VS ne permettait pas de tenir compte des sous-types d'incontinence, renseignements qui pourraient révéler des tendances différentes selon l'âge. La recherche a montré que l'incontinence urinaire d'urgence et l'incontinence urinaire mixte s'aggravent avec l'âge, mais que l'incontinence urinaire d'effort suit une courbe en cloche en fonction de l'âge[37,38].

Association avec la solitude

L'incontinence urinaire compte parmi les problèmes de santé chroniques ayant les répercussions fonctionnelles les plus importantes[39,40]. La majorité des études s'intéressant aux conséquences sociales de l'incontinence urinaire ont porté sur les femmes. Les résultats d'études portant sur les membres des deux sexes ne sont pas cohérents : certaines ont noté des répercussions sociales plus importantes chez les hommes[8,41,42], tandis que d'autres ne l'ont pas fait[43,44]. Dans la présente analyse, le terme d'interaction introduit en vue de déterminer si la relation entre l'incontinence urinaire et la solitude varie selon le sexe n'a pas eu d'effet significatif, ce qui fournit une preuve supplémentaire que les répercussions sociales, du moins en ce qui concerne la solitude, sont les mêmes chez les hommes et les femmes.

L'association entre l'incontinence urinaire et la solitude s'atténuait, mais persistait, lorsqu'on tenait compte de la fréquence de la participation sociale, du soutien social et du niveau d'incapacité. Une étude antérieure a permis de dégager une association similaire entre

l'incontinence urinaire et la solitude[8], bien que les mesures y différaient et qu'on n'y tenait pas compte de l'effet des modalités de vie, du soutien social ou de la participation sociale.

Les mécanismes qui sous-tendent l'association indépendante entre l'incontinence urinaire et la solitude ne sont pas clairs. Dans le cadre d'une étude longitudinale, de Vries[45] a observé que c'était la perte fonctionnelle liée à l'incontinence urinaire (évitement des activités sociales, du magasinage, des activités physiques et des voyages), et non l'incontinence urinaire proprement dite, qui était associée à une nouvelle détresse psychologique. Les résultats de la présente étude ne vont pas dans le même sens, car même après prise en compte de la perte fonctionnelle potentielle grâce à des indicateurs de la participation sociale et de l'incapacité, l'association significative entre l'incontinence urinaire et la solitude persiste. Il est possible, toutefois, que ces incohérences soient en partie attribuables aux différences de mesure de l'incontinence et des issues de celle-ci, à l'absence d'information sur les effets pour la santé selon le problème de santé précis et à la nature transversale de la présente étude.

Il est possible que les personnes âgées atteintes d'incontinence urinaire demeurent socialement actives en s'adaptant à leur état. Cependant, la question de savoir si elles trouvent satisfaisant leur niveau de participation sociale, ou si l'insatisfaction entraîne un sentiment de solitude, demeure sans réponse. Les émotions qui peuvent être associées à l'incontinence urinaire, comme la honte, la perte de confiance en soi et d'estime de soi, et le sentiment de perte de puissance, n'ont pas été évaluées dans le cadre de la présente étude, mais pourraient contribuer au sentiment de solitude

Limites

Étant donné le plan de sondage transversal de l'ESCC – VS, il n'a pas été possible dans la présente étude d'établir la relation temporelle entre l'incontinence urinaire et la solitude. En revanche, les données longitudinales[45] étayent la direction de la relation entre l'incontinence urinaire et les résultats de celle-ci sur le plan psychosocial.

L'ESCC – VS avait pour cible la population à domicile et excluait les personnes vivant en établissement. Par conséquent, les résultats de l'étude ne sont pas représentatifs de l'ensemble des personnes âgées, seulement de la sous-population de personnes âgées vivant dans les ménages privés.

Dans le cadre de l'ESCC – VS, l'incontinence urinaire a été autodéclarée et n'a été confirmée ni par un examen physique, ni à l'aide de dossiers médicaux ou d'autres sources. Ainsi, la portée de l'erreur de déclaration est inconnue. On a demandé aux participants à l'enquête de déclarer l'incontinence urinaire diagnostiquée par un professionnel de la santé. Ceux qui éprouvaient une perte involontaire d'urine mais qui n'avaient pas reçu de diagnostic comme tel n'ont peut-être pas déclaré d'incontinence urinaire, ce qui pourrait avoir conduit à une sous-estimation de sa prévalence. On ne sait pas non plus comment les participants à l'enquête qui suivaient un traitement médical ou qui avaient subi une intervention chirurgicale pour l'incontinence urinaire ont répondu à la question de l'ESCC – VS : « Êtes-vous atteint(e) d'incontinence urinaire? ».

Certains indices font penser que l'incontinence urinaire est sous-déclarée et sous-diagnostiquée. Cette situation pourrait tenir à un sentiment de gêne, au fait que le problème n'a pas d'incidence sur les activités, au fait qu'il est considéré comme faisant normalement partie du vieillissement, à un dépistage incomplet ou à d'autres raisons[13,31,32,46,47]. L'erreur de classification résultante peut avoir entraîné une sous-estimation de la prévalence de l'incontinence urinaire et avoir eu une incidence sur son association avec la solitude. L'information au sujet de la gravité de l'incontinence urinaire (par exemple, fréquence, volume des fuites et usage de produits absorbants[13,48]) n'a pas été recueillie dans le cadre de l'ESCC – VS et, par conséquent, n'a pu être prise en compte dans les modèles multivariés. L'ESCC – VS n'a pas recueilli non plus de renseignements sur les sous-types d'incontinence urinaire (par exemple, incontinence d'effort, incontinence d'urgence), qui peuvent avoir des physiopathologies différentes et, par conséquent, des liens différents avec l'âge et la qualité de vie[49].

Les participants à l'enquête ayant répondu par personne interposée sont pris en compte dans l'estimation de la prévalence de l'incontinence urinaire, mais non dans les analyses sur la solitude. Étant donné qu'ils étaient significativement plus susceptibles d'être atteints d'incontinence urinaire (19,9 %) que les personnes n'ayant pas répondu par personne interposée (11,5 %), l'estimation globale de l'incontinence était marginalement plus élevée (11,7 %) lorsqu'elle en tenait compte.

Mot de la fin

La présente étude fait ressortir l'association entre l'incontinence urinaire et la solitude. Les résultats donnent à penser que résoudre le problème de l'incontinence urinaire pourrait réduire la solitude, et donc avoir un effet positif sur la qualité de vie des personnes âgées touchées[50-52]. Les traitements sont d'ordre comportemental, pharmacologique et chirurgical[35].

Pour arriver à mieux comprendre la relation complexe entre l'incontinence et la solitude, les chercheurs devront examiner d'autres caractéristiques psychologiques et émotionnelles pouvant y être associées. Il faudra en outre mener des études longitudinales afin d'établir la relation temporelle entre la manifestation et la diminution ou l'élimination des symptômes de l'incontinence urinaire, d'une part, et la solitude et d'autres résultats ayant une incidence sur la qualité de la vie, d'autre part. ■

Références

1. P. Abrams, L. Cardozo, M. Fall *et al.*, « The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society », *Neurourology Urodynamics*, 21, 2002, p. 167-178.
2. S. Bartoli, G. Aguzzi et R. Tarricone, « Impact on quality of life of urinary incontinence and overactive bladder: a systematic literature review », *Urology*, 75(3), 2010, p. 491-500.
3. A.R. Herzog, A.C. Diokno, M.B. Brown *et al.*, « Urinary incontinence as a risk factor for mortality », *Journal of the American Geriatric Society*, 42(3), 1994, p. 264-268.
4. A. Shaban, M.J. Drake et H. Hashim, « The medical management of urinary incontinence », *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical*, 152, 2010, p. 4-10.
5. N.H. Fultz, G.G. Fisher et K.R. Jenkins, « Does urinary incontinence affect middle-aged and older women's time use and activity patterns? », *Obstetrics Gynecology*, 104(6), 2004, p. 1327-1334.
6. H.R. Bogner, J.J. Gallo, M.D. Sammel *et al.*, « Urinary incontinence and psychological distress in community-dwelling older adults », *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(3), 2002, p. 489-495.
7. H.R. Bogner, « Urinary incontinence and psychological distress in community-dwelling older African Americans and Whites », *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(11), 2004, p. 1870-1874.
8. N.H. Fultz et A.R. Herzog, « Self-reported social and emotional impact of urinary incontinence », *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 2001, p. 892-899.
9. D.H. Thom, M.N. Haan et S.K. Van Den Eeden, « Medically recognized urinary incontinence and risks of hospitalization, nursing home admission and mortality », *Age and Ageing*, 26, 1997, p. 367-374.
10. G. Worrall, « The challenge of urinary incontinence in the elderly: A review », *Canadian Family Physician*, 35, 1989, p. 1903-1906.
11. H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, « Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? », *Rapports sur la santé*, 11(4), 2000, p. 55-68.
12. L. Martel, A. Bélanger et J.-M. Berthelot, « Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées », *Rapports sur la santé*, 13(4), 2002, p. 37-52.
13. K.M. Langa, N.H. Fultz, S. Saint *et al.*, « Informal caregiving time and costs for urinary incontinence in older individuals in the United States », *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(4), 2002, p. 733-737.
14. Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada), *Répercutions* (sic) *de l'incontinence au Canada – Un document de synthèse de la Fondation d'aide aux personnes incontinentes*, 2009, disponible à l'adresse http://www.canadiancontinence.ca/pdf/repurcutions-de-lincontinence.pdf (consulté le 23 avril 2012).
15. J.T. Cacioppo, L.C. Hawkley, L.E. Crawford *et al.*, « Loneliness and health: Potential mechanisms », *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 2002, p. 407-441.
16. C.M. Perissinotto, I. Stijacic Cenzer et K.E. Covinski, « Loneliness in older persons: A predictor of functional decline and death », *Archives of Internal Medicine*, 172(14), 2012, p. 1078-1083.
17. Y. Luo, L.C. Hawkley, L.J. Waite et J.T. Cacioppo, « Loneliness, health and mortality in old age: A national longitudinal study », *Social Science and Medicine*, 74, 2012, p. 907-914.
18. J. de Jong Gierveld, « A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences », *Reviews in Clinical Gerontology*, 8, 1998, p. 73-78.
19. M.E. Hughes, L.J. Waite, L.C. Hawkley et J.T. Cacioppo, « A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies », *Research on Aging*, 26(6), 2004, p. 655-672.
20. C.D. Sherbourne et A.L. Stewart, « The MOS Social Support Survey (Medical Outcomes Study Social Support Survey) », *Social Sciences and Medicine*, 32(6), 1991, p. 705-714.
21. A. Robitaille, H. Orpana et C.N. McIntosh, « Propriétés psychométriques, structure factorielle et invariance de la mesure des versions française et anglaise de l'échelle de soutien social de l'Étude des issues médicales », *Rapports sur la santé*, 22(2), 2011, p. 33-41.
22. W. Furlong et D. Feeny, *Health Utilities Index Mark 2 (HUI2) and Mark 3 (HUI3) Disability Categories for Single- and Multi-Attribute Utility Scores*, October 29, 2002 (non publié).
23. D. Feeny, W. Furlong, G.W. Torrance *et al.*, « Multiattribute and single-attribute utility functions for the Health Utilities Index Mark 3 System », *Medical Care*, 40(2), 2002, p. 113-128.
24. Y. Feng, J. Bernier, C. McIntosh et H. Orpana, « Validation des catégories d'incapacité dérivées des scores du Health Utilities Index Mark 3 », *Rapports sur la santé*, 20(2), 2009, p. 45-53.
25. R.L. Allen et H. Oshagan, « The UCLA Loneliness Scale: invariance of social structural characteristics », *Personality and Individual Differences*, 19(2), 1995, p. 185-195.
26. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, nº 12-001 au catalogue).
27. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 1996, p. 283-310.
28. S. Herschorn, J. Gajewski, J. Schulz et J. Corcos, « A population-based study of urinary symptoms and incontinence: the Canadian Urinary Bladder Survey », *British Journal of Urology International*, 101(1), 2008, p. 52-58.
29. K. Wilkins et E. Park, « Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité », *Rapports sur la santé*, 8(3), 1996, p. 7-17.
30. D. Thom, « Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: Effects of differences in definition, population characteristics, and study type », *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(4), 1998, p. 473-480.
31. V.A. Minassian, H.P. Crutz et A. Al-Badr, « Urinary incontinence as a worldwide problem », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82(3), 2003, p. 327-338.
32. J.G. Swanson, J. Kaczorowski, J. Skelly et M. Finkelstein, « Urinary incontinence: Common problem among women over 45 », *Canadian Family Physician*, 51, 2005, p. 84, disponible à l'adresse http://www.cfp.ca/content/51/1/84.full.pdf+html (consulté le 29 novembre 2012).
33. R.O. Roberts, S.J. Jacobsen, T. Rhodes *et al.*, « Urinary incontinence in a community-based cohort: prevalence and healthcare-seeking », *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(4), 1998, p. 467-472.
34. N.H. Fultz et A.R. Herzog, « Prevalence of urinary incontinence in middle-aged and older women: a survey-based methodological experiment », *Journal of Aging and Health*, 12(4), 2000, p. 459-469.
35. J.W. Thüroff, P. Abrams, K.-E. Andersson *et al.*, « EAU Guidelines on Urinary Incontinence », *European Urology*, 59, 2011, p. 387-400.
36. D.E. Irwin, I. Milsom, S. Hunskaar *et al.*, « Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder and other lower urinary tract symptoms in five countries: Results of the EPIC Study », *European Urology*, 50, 2006, p. 1306-1315.

37. C. Hampel, W. Artibani, M. Espuña Pons *et al.*, « Understanding the burden of stress urinary incontinence in Europe: A qualitative review of the literature », *European Urology*, 46, 2004, p. 15-27.

38. Y. Dooley, K. Kenton, G. Cao *et al.*, « Urinary incontinence prevalence: results from the National Health and Nutrition Examination Survey », *Journal of Urology*, 179, 2008, p. 656-661.

39. N. Mittmann, K. Trakas, N. Riseborough et B.A. Liu, « Utility scores for chronic conditions in a community-dwelling population », *Pharmacoeconomics*, 15(4), 1999, p. 369-376.

40. S.E. Schultz et J.A. Kopec, « Effet des problèmes de santé chroniques », *Rapports sur la santé*, 14(4), 2003, p. 45-58.

41. D. Teunissen, W. Van Den Bosch, C. Van Weel et T. Lagro-Janssen, « "It can always happen": The impact of urinary incontinence on elderly men and women », *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24(3), 2006, p. 1666-1673.

42. S.L. Tennstedt, G.R. Chiu, C.L. Link *et al.*, « The effects of serverity of urine leakage on quality of life in Hispanic, White and Black men and women: The Boston Community Health (BACH) Survey », *Urology*, 75(1), 2010, p. 27-33.

43. J.G. Ouslander et S. Abelson, « Perceptions of urinary incontinence among elderly outpatients », *The Gerontologist*, 30(3), 1990, p. 369-372.

44. E. Dugan, S.J. Cohen, D. Robinson *et al.*, « The quality of life of older adults with urinary incontinence: determining generic and conditions-specific predictors », *Quality of Life Research*, 7(4), 1998, p. 334-337.

45. H.F. de Vries, G.M. Northington et H.R. Bogner, « Urinary incontinence (UI) and new psychological distress among community dwelling older adults », *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(1), 2012, p. 49-54.

46. E. Dugan, C.P. Roberts, S.J. Cohen *et al.*, « Why older community-dwelling adults do not discuss urinary incontinence with their primary care physicians », *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 2001, p. 462-465.

47. L.P. Wallner, S. Porten, R.T. Meenan *et al.*, « Prevalence and severity of undiagnosed urinary incontinence in women », *The American Journal of Medicine*, 122, 2009, p. 1037-1042.

48. J.L. Melville, W. Katon, K. Delaney et K. Newton, « Urinary incontinence in US women », *Archives of Internal Medicine*, 165, 2005, p. 537-542.

49. K.S. Coyne, C.C. Sexton, D.E. Irwin *et al.*, « The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women : results from the WPIC study », *BJU International*, 101(11), 2008, p. 1388-1395.

50. D. Fonda, M. Woodward, M. D'Astoli et W.F. Chin, « Sustained improvement of subjective quality of life in older community-dwelling people after treatment of urinary incontinence », *Age and Ageing*, 24, 1995, p. 283-286.

51. P.S. Lee, D.W. Reid, A. Saltmarche et L. Linton, « Measuring the psychosocial impact of urinary incontince: the York Incontinence Perceptions Scale (YIPS) », *Journal of the American Geriatric Society*, 43(11), 1995, p. 1275-1278.

52. Medical Advisory Secretariat, Behavioural interventions for urinary incontinence in community-dwelling seniors: an evidence-based analysis, *Ontario Health Technology Assessment Series*, 8(3), 2008.

Appendix

Tableau A
Échantillon étudié et répartition en pourcentage de certaines caractéristiques, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2008-2009

	Échantillon	Estimation démographique	
Caractéristique	Nombre	Nombre (en milliers)	%
Total	16 369	4 366,1	100,0
Sexe			
Hommes	6 369	1 969,9	45,1
Femmes	9 730	2 396,2	54,9
Groupe d'âge			
65 à 74 ans	6 975	2 407,2	55,1
75 à 84 ans	5 320	1 468,1	33,6
85 ans et plus	4 074	490,8	11,2
Incontinence urinaire			
Oui	2 302	511,7	11,7
Non	14 058	3 853,2	88,3
Solitude			
Oui	5 977	1 396,1	33,3
Non	9 684	2 797,5	66,7

Nota : En raison de données manquantes, la somme des données peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2008-2009.

Tableau B
Rapports de cotes corrigés reliant le sexe et l'incontinence urinaire à la solitude, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2008-2009

	Sans interaction			Avec interaction		
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
Femmes	1,9*	1,8	2,1	1,9*	1,7	2,1
Incontinence	1,8*	1,5	2,0	1,6*	1,2	2,0
Interaction	..	..	..	1,2	0,9	1,6

* valeur significativement différente de 1,0 ($p < 0,05$)
.. n'ayant pas lieu de figurer
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2008-2009.